

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901. — N° 126

DE
L'ÉNUCLÉATION MASSIVE
DES GOITRES

(OPÉRATION DE A. PONCET)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 mars 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hippolyte DU CLOT

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Lyon, le 24 juin 1874



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, directeur.

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901. — N° 126

DE
L'ÉNUCLÉATION MASSIVE
DES GOITRES
(OPÉRATION DE A. PONCET)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 mars 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hippolyte DU CLOT

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Lyon, le 24 juin 1874



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, directeur.

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS	
Cliniques médicales.	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. X...
Cliniques chirurgicales	FOCHIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	GAYET.
Clinique ophthalmologique	GAILLETON.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PIERRET.
Clinique des maladies mentales.	MONOYER.
Physique médicale.	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie	FLORENCE.
Matière médicale et Botanique.	LORTET.
Parasitologie.	TESLUT.
Anatomie.	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.	MORAT.
Physiologie.	TEISSIER.
Pathologie interne.	AUGAGNEUR.
Pathologie externe.	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TRIPPIER.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (Maurice).
Médecine opératoire.	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT.
Hygiène	SOULIER.
Thérapeutique.	CROLAS.
Pharmacologie.	

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES	
Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL, agrégé
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.), —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS			
MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. VALLAS, Assesseur;
MM. NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES TANTES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Arrivé au terme de nos études médicales, et avant d'entreprendre ce travail, qu'il nous soit permis d'acquitter une dette de reconnaissance contractée envers nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous remercions MM. les Prof. agrégés Vincent et Weil, qui nous ont initié à la chirurgie et à la médecine infantile, ainsi que M. le Prof. agrégé Vinay, dont nous avons pu apprécier les leçons si pratiques, pendant que nous étions son externe à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Enfin nous n'oublierons jamais les semestres passés dans les services de M. le Prof. Teissier et de MM. les Prof. agrégés Gangoïphe et Jaboulay, dont nous avons déjà eu l'occasion d'apprécier, plus d'une fois, la bienveillance accoutumée. Nous adressons aussi un hommage de profonde reconnaissance à M. le Prof. Poncet, qui a bien voulu d'abord nous indiquer notre sujet de thèse, et nous prodiguer ensuite ses conseils précieux pour mener à bien notre travail, montrant ainsi, envers nous un intérêt tout particulier dont nous sommes fier. Nous le prions de vouloir bien agréer nos très sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous fait encore en acceptant la présidence de notre thèse.

PRÉFACE

C'est en octobre 1896, que M. le Prof. Poncet, dans une communication à l'Académie de Médecine, décrivit pour la première fois l'*Énucléation massive des goitres* et appela l'attention sur les indications et les avantages de ce nouveau mode opératoire.

En décembre 1896, M. le Prof. agrégé Léon Bérard, dans son importante thèse inaugurale : « *Thérapeutique chirurgicale du goitre* » (Thèse de Lyon, 1897), décrivit cette opération, qui fit de nouveau l'objet d'une communication de M. le Prof. Poncet au Congrès Français de chirurgie de 1898, où la deuxième question générale mise à l'ordre du jour, était précisément le *Traitement chirurgical du goitre*.

Depuis lors, l'énucléation massive des tumeurs thyroïdiennes bénignes a été maintes fois pratiquée, tout au moins à la clinique chirurgicale du Prof. Poncet. Notre but aujourd'hui est surtout de préciser le manuel opératoire de cette méthode thérapeutique,

et par de nouvelles observations d'en mettre en relief les indications.

Nous ne saurions mieux faire, dès le début, que de reproduire la communication de M. Poncet au Congrès Français de chirurgie (98), qui sert de base à notre travail, dans le cours duquel nous ferons aussi de nombreux emprunts à la thèse de M. Bérard.

Congrès de Chirurgie (Octobre 1898).

L'opération que j'ai proposée sous le nom d'Énucléation massive (1), comme traitement chirurgical de certains goitres, s'applique à des variétés de tumeurs thyroïdiennes bénignes, qui ne sont justiciables ni de la thyroïdectomie partielle, ni de la strumectomie ou énucléation intra-glandulaire, et pas davantage de l'exothyropexie. J'ai rencontré, en effet, maintes fois, des goitres volumineux, le plus souvent anciens, dont l'ablation qui paraissait, *a priori*, devoir être très laborieuse, se faisait rapidement, simplement et sans danger, à la suite de manœuvres chirurgicales dont l'ensemble constitue bien un procédé opératoire nouveau.

Pour être plus clair, je rappellerai que les opérations courantes : thyroïdectomie, strumectomie, exothyropexie, reposent sur des particularités anatomopathologiques, on ne peut plus nettes, des hypertrophies thyroïdiennes (2). C'est ainsi que la thy-

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, n° 42, octobre 1896.

(2) A Rivièrè : Traitement chirurgical des goitres, *Gaz des Hép.*, 1896.

roïdectomie ou amputation d'un ou deux lobes de la thyroïde malade avec ligature des artères thyroïdiennes est réservée aux goîtres charnus, parenchymateux, dans lesquels le tissu thyroïdien nouveau, plus ou moins analogue au tissu normal, forme un bloc aussi peu susceptible d'être fragmenté que le parenchyme rénal ou hépatique. Cette thyroïdectomie, ainsi que l'a enseigné l'expérience de ces quinze dernières années, doit être toujours partielle, jamais totale, en raison de la cachexie strumiprive qui accompagne la thyroïdectomie totale. Le goitre charnu est-il très vasculaire, son ablation trouve-t-elle des contre-indications dans l'état général du sujet, dans des conditions locales que je ne veux point envisager ici, on se contentera de l'exothyropexie, ou luxation au dehors entre les lèvres de la plaie, parfois de la simple mise à l'air, des masses qui provoquent des troubles respiratoires, puisque ces manœuvres aussi innocentes que rapides entraînent la guérison, par atrophie, des tissus pathologiques. (Jaboulay, Poncet).

S'agit-il, au contraire, de goîtres unikystiques ou polykystiques, c'est-à-dire de tumeurs avec poche d'épaisseur variable, peu importe le contenu, qu'il soit solide ou liquide, l'énucléation intra-glandulaire, si bien réglée par Socin, s'impose. Ici, plus de ligature des thyroïdiennes, plus d'ablation de tissu thyroïdien sain avec des tissus pathologiques, mais une décoration méthodique des kystes, dont la paroi est séparée avec les doigts agissant comme dans des ruptures d'adhérences, du tissu glandulaire qui les entoure.

Cette énucléation de tumeurs thyroïdiennes encapsulées se pratique aisément, dans la plupart des cas, et, en dehors des avantages de la conservation des parties saines de la thyroïde, elle est remarquable par son innocuité.

La strumectomie trouve généralement ses indications dans les goitres kystiques, et parfois l'ablation d'un kyste thyroïdien, surtout s'il s'est développé dans les couches superficielles de la glande, se pratique aussi facilement que celle d'un kyste sébacé ordinaire du cuir chevelu.

Il est, cependant, certaines circonstances où les caractères de la tumeur thyroïdienne sont tels que la strumectomie n'est pas possible, ou est, dans tous les cas, plus compliquée, plus longue, plus hémorragique, etc.

Il faut alors recourir à une autre intervention sanglante, qui est précisément l'opération que je désigne sous le nom d'*Énucléation massive*. On rencontre, en effet, assez souvent, des goitres kystiques ou encapsulés qui se présentent anatomiquement sous les deux formes suivantes :

1° Un kyste, parfois énorme (nous en avons opéré qui contenaient 400 et 500 grammes de liquide), s'est développé dans l'un des lobes. Quel qu'ait été son siège initial, il a, dans son accroissement progressif, refoulé le tissu thyroïdien qui ne le recouvre plus que sous forme d'une couche lamelleuse irrégulière, ou encore de lambeaux d'épaisseur et d'étendue variables, le tout se confondant intimement avec la capsule. La poche, suivant l'ancienneté de la tumeur, est égale-

ment plus ou moins épaisse, plus ou moins résistante.

Elle ne fait qu'un avec la capsule thyroïdienne proprement dite; on ne saurait l'en distinguer. Quelquefois il existe en même temps d'autres petits kystes, mais dans l'espèce ils n'ont aucune importance.

2° Des kystes nombreux, de consistance, de volume différents, séparés ou non par quelques débris de tissu glandulaire; ils forment une masse unique.

Dans un cas comme dans l'autre, les mêmes rapports existent entre les tissus malades qui doivent être enlevés et ce qui reste du lobe thyroïdien envahi, déformé par compression, par atrophie. A ce propos il faut se rappeler que la capsule thyroïdienne est intimement adhérente avec le tissu glandulaire, au même titre que la capsule de Glisson avec le foie, et qu'elle ne saurait en être séparée. Toutes les fois donc, que l'on a parlé dans une thyroïdectomie, d'ablation sous-capsulaire d'un goitre, il ne pouvait être question que d'un décollement s'exécutant entre la capsule, à proprement parler, et le tissu cellulaire qui l'entoure.

Ce dernier forme autour de la glande malade ou non une couche qui, dans le premier cas, dans celui de goitre, est d'autant plus épaisse et plus isolable que la tumeur est plus ancienne. Nous insistons sur cette particularité anatomique parce qu'elle a une grande importance.

Dans le décollement et la mobilisation des hypertrophies qui réclament la thyroïdectomie, on pratique toujours une opération extra-capsulaire par rapport à

la capsule propre du corps thyroïde. La strumectomie est nécessairement, au contraire, intra-capsulaire.

L'énucléation massive appartient, lorsqu'on y réfléchit, à l'une et à l'autre de ces opérations, et dans nos premières interventions nous ne nous sommes bien rendu compte de ce que nous avons fait qu'une fois la tumeur enlevée. Voici, en effet, comment les choses se passent. Le goitre étant mis à nu par une large incision de la peau et des couches musculo-aponévrotiques qui le recouvrent, la main droite le parcourt, en manœuvrant dans les couches celluluses qui l'entourent, elle le dénude avec prudence sur toute son étendue, puis elle le luxe au dehors, entre les lèvres de la plaie. Si l'on cherche alors à distinguer ce qu'il en est advenu de la capsule thyroïdienne et du tissu glandulaire normal, on ne voit plus qu'une masse pathologique et l'on acquiert vite la conviction qu'il n'est pas possible de trouver pour la strumectomie, un plan de clivage permettant d'enlever chaque kyste séparément par une décortication méthodique. Il faut alors, par l'énucléation massive, par exemple, du lobe droit hypertrophié, se porter rapidement en dedans vers la ligne médiane, et à ce niveau reconnaître les rapports de la tumeur avec le lobe médian.

Fréquemment elle s'en sera elle-même dégagée, comme pédiculisée. Dans d'autres cas, ainsi qu'à l'état normal, elle se continue directement avec lui. Si le goitre n'est pas séparé du lobe médian, s'il lui est adhérent, il faut inciser ce dernier d'avant en arrière et cela sans crainte d'hémorragie (le tissu

thyroïdien, malade ou non, saigne peu. Les hémorragies sont essentiellement capsulaires par suite du siège des vaisseaux, et on pratique aisément l'hémostase immédiate avec des pinces hémostatiques). Dans un cas comme dans l'autre, la tumeur peut être avec la main gauche portée et tirée au dehors, tandis que la main droite, guidée par ce décollement, suit cette mobilisation progressive. Les doigts cotoient la masse goitreuse, comme le détache-tendon dans une résection sous-périostée. Sans violence, ils agissent suivant un plan de séparation qui se découvre progressivement; ils manœuvrent dans la couche celluleuse extra-capsulaire; mais aussi, à certains moments, au-dessous d'une couche thyroïdienne naturellement doublée de la capsule propre.

C'est surtout au voisinage des artères thyroïdiennes supérieures que le tissu glandulaire, éventré, disparu dans la plus grande partie du goitre, se retrouve sous forme de larges lambeaux, de coupole plus ou moins épaisse.

Extra-capsulaire, parfois en totalité (j'ai opéré trois malades chez lesquels il ne restait plus, tout au moins au point de vue opératoire, de tissu glandulaire normal dans un lobe goitreux) l'énucléation massive sera, le plus souvent aussi, intra-capsulaire ou glandulaire.

Les divers temps de l'ablation n'en sont pas notablement modifiés; qu'il reste ou non une coque et quelques travées du parenchyme thyroïdien, on est amené à passer, sans hésitation, d'un plan de clivage à l'autre.

Quoi qu'il en soit de cette pratique opératoire qui rappelle celle de l'extirpation de toutes les tumeurs encapsulées, ou adhérentes sans danger, et qui ne peut être vraiment décrite par temps séparés, elle rend rapide et particulièrement simple l'ablation de gros goîtres.

L'hémorragie peut être considérée comme insignifiante. Le goitre enlevé avec cette facilité *a priori* innattendue, on est non moins étonné de n'avoir pas à pincer de gros vaisseaux, de n'avoir pas à lier les artères thyroïdiennes.

Particularité intéressante, ces vaisseaux se sont atrophiés au même titre que le tissu thyroïdien, et dans plus de trente énucléations massives nous n'avons pas eu à en pratiquer la ligature, qui constitue un des temps principaux de la thyroïdectomie.

L'énucléation massive s'impose donc comme traitement chirurgical de certains goîtres. Il suffira, pensons-nous, d'y songer pour en trouver l'application; mais ce n'est qu'après la mise à nu de la tumeur que l'on pourra juger si elle est justiciable ou non de cette opération. Elle a la bénignité de la strumectomie, démontrée par nos statistiques (Jaboulay, Poncet), ainsi que par celles de Socin, de Reverdin, de Roux, de Köcher et par les faits de Tillaux, de Schwartz, etc.

Tous nos opérés d'énucléation massive ont guéri. Le seul danger après cette ablation en bloc des goîtres, qui laisse une large loge cavitaire saignant plus ou moins en nappe est, l'hémorragie dans les premières heures qui suivent le pansement.

De nombreuses artérioles et veinules, ont été, en effet, déchirées, délacérées, et si l'on se contente des ligatures, on court grand risque d'avoir du sang dans la suite. Il faut suturer face à face, très exactement, les surfaces saignantes, par un faufileage au catgut. Cette suture, en surget, bien faite, supprime toute cavité entre les lambeaux. Elle assure ainsi une hémostase parfaite, et l'on peut, sans arrière-pensée, rechercher par une suture intra-dermique le minimum de cicatrice, dans une région où la question esthétique a son importance.

A. Poncet.

HISTORIQUE ET DÉFINITION

L'histoire de l'*Énucléation massive* est, comme on l'a vu, de date récente. Elle fait partie des perfectionnements apportés dans ces dernières années, en particulier, par les chirurgiens de Lyon, au traitement chirurgical du goitre. Ainsi que son nom l'indique, elle consiste dans l'ablation en bloc des tissus malades, et elle offre ceci de spécial, en raison même de leurs dispositions, qu'elle est bien une énucléation, c'est-à-dire une décortication et non une amputation. Ce qui revient à dire, pour être plus clair, qu'à la manière d'une énucléation intra-glandulaire pratiquée dans un lobe malade, elle est essentiellement constituée par un décollement manuel aussi méthodique que possible des tissus pathologiques, sans diérèse sanglante, sans section de vaisseaux, etc. En un mot, il ne s'agit pas d'une *Thyroïdectomie*, telle surtout qu'il faut l'entendre au sens opératoire, mais bien d'une séparation des parties malades des parties saines, par des manœuvres spéciales, ainsi que l'exige, dans maintes opérations, viscérales entr'autres, la rupture d'adhérences étendues.

Une telle opération, quelque méthodique qu'elle doive être, est toujours, en raison de la diversité des cas, plus ou moins atypique et elle est parfois d'une exécution si facile qu'il a dû arriver souvent à des chirurgiens, avant les recherches de M. Poncet, de la pratiquer sans s'en douter.

Nous sommes convaincu que sous le nom de *strumectomie*, d'*énucléation intra-glandulaire*, on continue d'englober nombre d'énucléations massives.

Ou s'en aperçut bien lors de la discussion générale sur le traitement du goitre, au congrès de chirurgie de 1898, où sous des noms différents et sans se douter bien exactement de ce qu'ils faisaient, des opérateurs, parmi lesquels M. Doyen, avaient eu par la force des choses recours à l'énucléation massive.

Pour apporter toute la clarté nécessaire, dans une question de technique opératoire qui devient naturellement un peu confuse par suite des modifications créées par des lésions souvent anciennes, à la disposition des tissus et des organes voisins, il importe d'entrer dans quelques détails, très brefs du reste, sur l'anatomie du corps thyroïde et de ses enveloppes.

ANATOMIE DE LA GLANDE THYROÏDE

Saine et Goitreuse.

ANATOMIE NORMALE.

Organe impair et médian, le corps thyroïde est une glande vasculaire, sanguine, située à la partie antérieure du conduit laryngo-trachéal auquel elle adhère intimement et dont elle suit tous les mouvements.

Le corps thyroïde, d'une couleur variant du gris rosé au rouge brun et d'une consistance plutôt molle, est formé de trois lobes, un médian et deux latéraux, se réunissant de façon à former un ∇ dont le trait transversal couperait les jambages à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen ; chaque jambage, un peu oblique en bas et en dedans, représentant un lobe latéral, et le trait transversal correspondant au lobe médian ou isthme. Ce dernier est lui-même surmonté d'un prolongement en forme de pointe appelé pyramide de Lalouette.

L'isthme, qui peut être absent une fois sur dix, d'après M. Bérard, une fois sur vingt d'après Grüber, mesure en général 8 à 12 millim. de hauteur et répond ordinairement à l'union du premier avec le deuxième anneau de la trachée. Etroitement fixé à cette dernière par son ligament suspenseur, il en est pourtant séparé par des anastomoses fines, mais constantes, entre les artères et les veines laryngées inférieures.

En avant, le lobe médian est recouvert par l'aponévrose cervicale moyenne, l'aponévrose cervicale superficielle, le tissu cellulaire sous-cutané, et plus latéralement les muscles sous-hyoïdiens, et enfin par la peau.

Les lobes latéraux ont une forme tronconique. Leur base répond au cinquième ou au sixième anneau de la trachée, leur sommet ou corne répond au tiers inférieur du corps thyroïde. Leur face antéro-externe est recouverte, en allant de dedans en dehors, par l'aponévrose cervicale moyenne, du tissu cellulo-graisseux, les muscles sous-hyoïdiens et leur gaine, le sterno-mastoïdien, l'aponévrose superficielle, le tissu cellulaire et la peau. Enfin, leur face postéro-interne se moule sur les parties latérales de la trachée, du cartilage cricoïde et sur le tiers ou la moitié inférieure du cartilage thyroïde.

Telle est, brièvement décrite, la situation exacte de la thyroïde. Cette dernière, comme nous l'avons dit, en dehors du tissu celluleux et des plans musculaires, est séparée de la peau en avant par deux plans fibreux : l'un constitué par l'aponévrose superficielle,

et qui ne nous arrêtera pas ; l'autre, constitué par l'aponévrose moyenne, dont le rôle est bien plus important.

Cette dernière, dont la forme est celle d'un trapèze, est fixée d'une part, en haut, au bord inférieur de l'os hyoïde, d'autre part, en bas, au rebord supérieur du thorax, et limitée latéralement par les homohyoïdiens.

Outre qu'elle maintient pendant l'inspiration la béance des veines du cou, cette lame fibreuse est encore comme une toile protectrice tendue au-devant des organes, les entourant presque, mais incomplètement. Sur une coupe horizontale, en effet, cette aponevrose affecte une forme demi-circulaire.

En passant au-devant des organes et du paquet vasculo-nerveux du cou, elle envoie des prolongements qui les séparent entre eux et leur forment une sorte d'enveloppe.

Elle fournirait ainsi trois gaines distinctes :

La gaine viscérale ou péri-thyroïdienne.

La gaine vasculaire.

La gaine du sympathique.

Cette dernière applique étroitement le plexus du sympathique cervical et l'artère thyroïdienne inférieure, au moment où elle le croise, contre l'aponévrose prévertébrale.

La gaine vasculaire forme une enveloppe commune à la carotide primitive, à la jugulaire interne et au pneumogastrique.

Enfin, la gaine viscérale, demi-circulaire à la coupe, par l'œsophage, la trachée et le corps thyroïde, mais

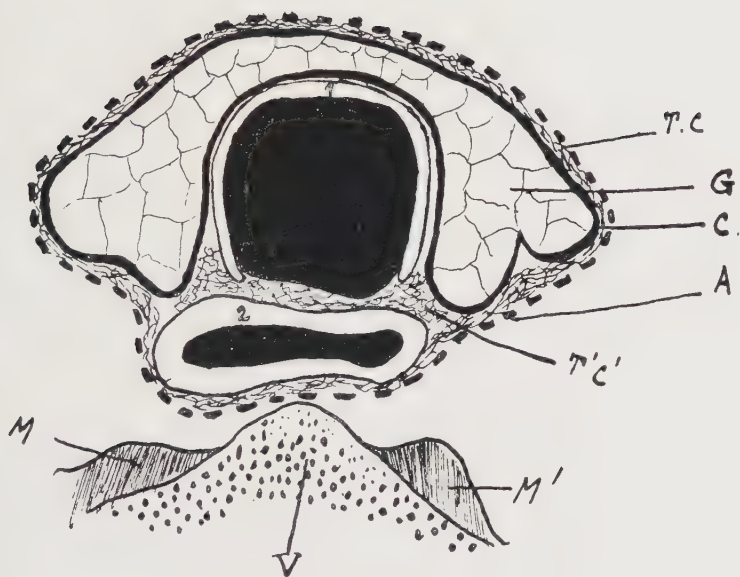
recouvre en avant et sur les côtés l'ensemble formé n'envoie point de prolongements entre ces organes. Elle en est d'ailleurs très facilement isolable, et il ne faut pas la confondre avec leur enveloppe fibreuse propre, particulièrement avec la capsule vraie du corps thyroïde. (*Capsule thyroïdienne*).

Lorsque donc, dans la suite, nous parlerons d'énucléation intra ou extra-capsulaire, il ne sera jamais question de cette gaine viscérale, dépendance de l'aponévrose moyenne, mais bien de la capsule propre de la glande. Cette dernière, de nature fibreuse, forme comme un étui à la glande thyroïde; elle l'entoure sur toutes ses faces, est adhérente au tissu glandulaire lui-même et envoie des prolongements à l'intérieur, séparant ainsi un lobe en plusieurs lobules. En un mot la capsule propre ou thyroïdienne fait partie intégrante de l'organe, tandis que la gaine viscérale n'a avec lui qu'un rapport de voisinage.

Le corps thyroïde ou plutôt son enveloppe capsulaire est parcourue par un riche réseau artériel et veineux :

Les artères sont au nombre de deux pour chaque lobe latéral; les unes proviennent de la carotide externe, ce sont les thyroïdiennes supérieures; les autres, de la sous-clavière, ce sont les thyroïdiennes inférieures. A ces quatre artères constantes s'en ajoute quelquefois une cinquième, destinée à l'isthme, c'est la thyroïdienne moyenne de Neubauer. Tous ces gros troncs se divisent et se subdivisent et forment un réseau capillaire à mailles très serrées.

Les veines, qui portent le même nom que les artères,



SCHÉMA

Coupe transversale du cou au niveau de la 7^e cervicale, pour montrer l'aponévrose péri-thyroïdienne et la capsule propre ou thyroïdienne.

- 1. — Trachée.
- 2. — Œsophage.
- V. — Colonne vertébrale.
- M, M'. — Muscles prévertébraux.
- G. — Glande thyroïde.
- C. — Capsule thyroïdienne.
- A. — Capsule péri-thyroïdienne formée par l'aponévrose moyenne.
- T. C. — Tissu celluleux lâche séparant la capsule thyroïdienne de la capsule péri-thyroïdienne.
- T'. C'. — Tissu celluleux lâche permettant le glissement de la trachée sur l'œsophage.

suivent celles-ci dans leur trajet. Les veines thyroïdiennes moyennes sont inconstantes comme l'artère.

Ainsi que nous l'avons dit, tout ce réseau artériel et veineux est péri-capsulaire et capsulaire, et ce ne sont que des capillaires qui pénètrent dans l'intérieur de la glande. Une fois donc que l'on aura dépassé la capsule propre dans une opération de goitre, on n'aura plus à redouter qu'une hémorragie en nappe.

Enfin, le plexus nerveux est fourni par les ganglions cervicaux du grand sympathique et par quelques filets provenant des récurrents et du laryngé externe.

Nous ne nous arrêterons pas davantage à l'anatomie de la glande thyroïde saine, ayant simplement voulu rappeler quelques détails nécessaires à la compréhension de ce qui va suivre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les goîtres justiciables de l'énucléation massive, sont de même nature, ils appartiennent à la même catégorie que ceux auxquels doit s'appliquer, toutes choses égales d'ailleurs, la méthode opératoire de Socin, bien connue sous le nom de strumectomie ou d'énucléation intra-glandulaire; ce qui revient à dire, que ce sont des *kystes thyroïdiens*, ou pour être encore mieux compris, des *tumeurs thyroïdiennes encapsulées*, alors que les caractères du contenu, solide ou liquide, sont sans importance.

Les *goîtres charnus* ou *parenchymateux* sont donc exclus de l'énucléation massive. Il en est de même des goîtres cancéreux, en dehors des dégénérescences

intra-kystiques, à leur début, lorsque la paroi du kyste n'a pas été franchi par le néoplasme.

Divers cas peuvent se présenter, suivant le siège, le nombre, l'ancienneté des kystes : (nous nous servons encore volontiers de ce mot plus court que celui de tumeur thyroïdienne encapsulée, et alors qu'il est bien entendu que le contenu peut en être aussi bien solide que liquide.)

1° Le cas le plus simple est celui dans lequel des kystes multiples, en nombre variable, se sont développés en plein centre du tissu thyroïdien et forment alors comme une sorte de grappe de raisin plus ou moins volumineuse, dont les graines peuvent être accolées entre elles ou séparées par une couche toujours de faible épaisseur de tissu sain.

La lésion est-elle récente? le lobe envahi a augmenté de volume d'une façon variable, mais les rapports de ses diverses parties constituant restent les mêmes.

Les kystes inclus modifient la forme de la glande dans son ensemble, et une couche glandulaire d'épaisseur inégale les sépare de la capsule propre. On comprend en pareil cas, comme nous le verrons au chapitre : *Manuel opératoire*, qu'arrivé sur ces tumeurs encapsulées, le plus souvent adhérentes les unes aux autres, et formant ainsi une sorte de kyste unique, quoique multiloculaire, le chirurgien procède, et même sans le vouloir, à une énucléation totale ou massive.

La tumeur polykystique s'est constituée une loge intraglandulaire et le plan de clivage à sui-



Fig. I

Kyste unique intra-glandulaire
(lobe droit) réclamant l'enucléation
intra-glandulaire (Méthode de Socin).

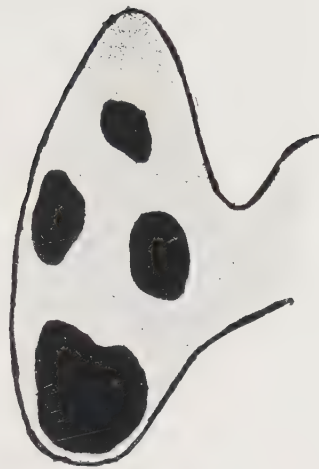


Fig. 2

Kystes multiples intra-glandulaires
(lobe droit) réclamant des énucléations
intra-glandulaires successives (Méthode
de Socin).



Fig. 3

Goitre polykystique (lobe droit) réclamant l'enucléation massive intra-glandulaire
(Variante la plus souvent obligatoire de l'opération d'un ou plusieurs noyaux goitreux
isolés.)

vre, et qui s'impose du reste de lui-même, est bien entre elle et le tissu glandulaire ambiant et non pas entre ses diverses parties constituantes.

La figure ci-jointe rend très bien compte de cette disposition qui peut naturellement présenter suivant les sujets de nombreuses variétés, mais qui restent cependant toutes dans le même cadre, au point de vue opératoire.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette forme d'énucléation, très nettement intra-glandulaire, et que la force des choses a dû faire pratiquer maintes fois à nombre de chirurgiens, au lieu et place de l'énucléation isolée de chaque kyste, telle que l'a préconisée plus particulièrement le professeur Socin (fig. 1, 2 et 3).

2° L'hypertrophie d'un lobe thyroïdien est essentiellement constituée par un gros kyste dont le contenu peut être de plusieurs centaines de grammes et dont le début date d'une époque éloignée. On connaît la fréquence de tels goîtres, remontant parfois à de longues années, lorsque les malades viennent réclamer une opération.

Qu'il y ait ou non, suivant la remarque de M. Poncet, des petits kystes adjacents, leur présence offre peu d'intérêt, car la technique opératoire est réglée par la masse principale.

Ici deux cas, tout au moins, peuvent se présenter.

A. *Kyste unique.*

Le kyste s'est développé au centre de la glande. Dans son accroissement il a refoulé d'une façon

lente et continue le tissu thyroïdien ambiant, en même temps qu'il en a amené l'atrophie dans une proportion telle que l'on ne trouve souvent plus que des débris de tissu glandulaire sous forme de lamelles, de languettes doublant alors d'une façon très irrégulière la capsule propre de la glande. Cette dernière épaissie sur certains points et amincie dans d'autres, a dans tous les cas contracté des adhérences plus ou moins étendues avec la paroi des kystes, et dans des conditions telles qu'elle doit être considérée comme faisant partie intégrante de la tumeur. Cette disparition du tissu thyroïdien normal s'explique aisément par sa compression entre la paroi du kyste et la capsule propre de la glande. (Fig. 4.).

Chez quelques opérés, elle a paru à M. Poncet complète. Il ne devait plus rester que des vestiges de tissu thyroïdien.

C'est alors que par un mécanisme analogue se produit une modification vasculaire importante du lobe malade. Le fait est qu'un des phénomènes les plus curieux, après l'énucléation massive d'un lobe thyroïdien est l'absence de toute hémorragie artérielle et même veineuse un peu abondante. L'hémorragie qui succède à l'ablation du goitre est une hémorragie en nappe dont il est facile de se rendre maître par la compression momentanée en surface, et comme dernier temps par la suture hémostatique de M. Poncet.

Dans ses premières opérations d'énucléation massive, M. Poncet avait été fort intrigué par cette exsan-

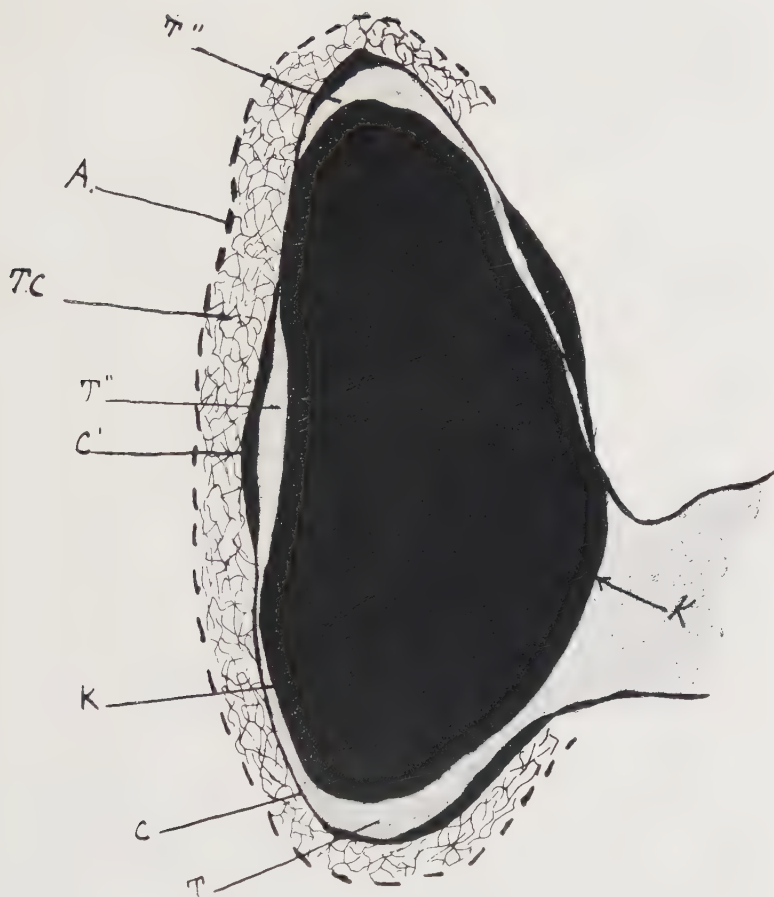


Fig. 4

Énorme goitre unikystique du lobe droit de la thyroïde.

(Tumeur devant être considérée comme occupant la totalité du lobe).

K. — Kyste avec sa paroi d'épaisseur inégale. Le kyste, dans son développement progressif, a refoulé, atrophié le tissu thyroïdien normal. Le lobe n'est plus représenté que par une couche irrégulière de tissu glandulaire T, T', T''.

T, T', T'' — Tissu thyroïdien normal.

C, C'. — Capsule de la glande, distendue, d'épaisseur variable, plus ou moins adhérente à la paroi du kyste, surtout au niveau des régions où le tissu glandulaire a disparu.

T. C. — Tissu cellulaire lâche entourant le lobe hypertrophié.

A. — Aponévrose moyenne, formant la gaine ou capsule péri-thyroïdienne (pointillé).

guification spontanée du goitre, se rattachant certainement au même processus atrophique que nous avons signalé. C'est, du reste, une loi de physiologie pathologique : que l'irrigation sanguine d'un organe est en rapport avec l'activité de sa fonction, subordonnée elle-même à son intégrité anatomique.

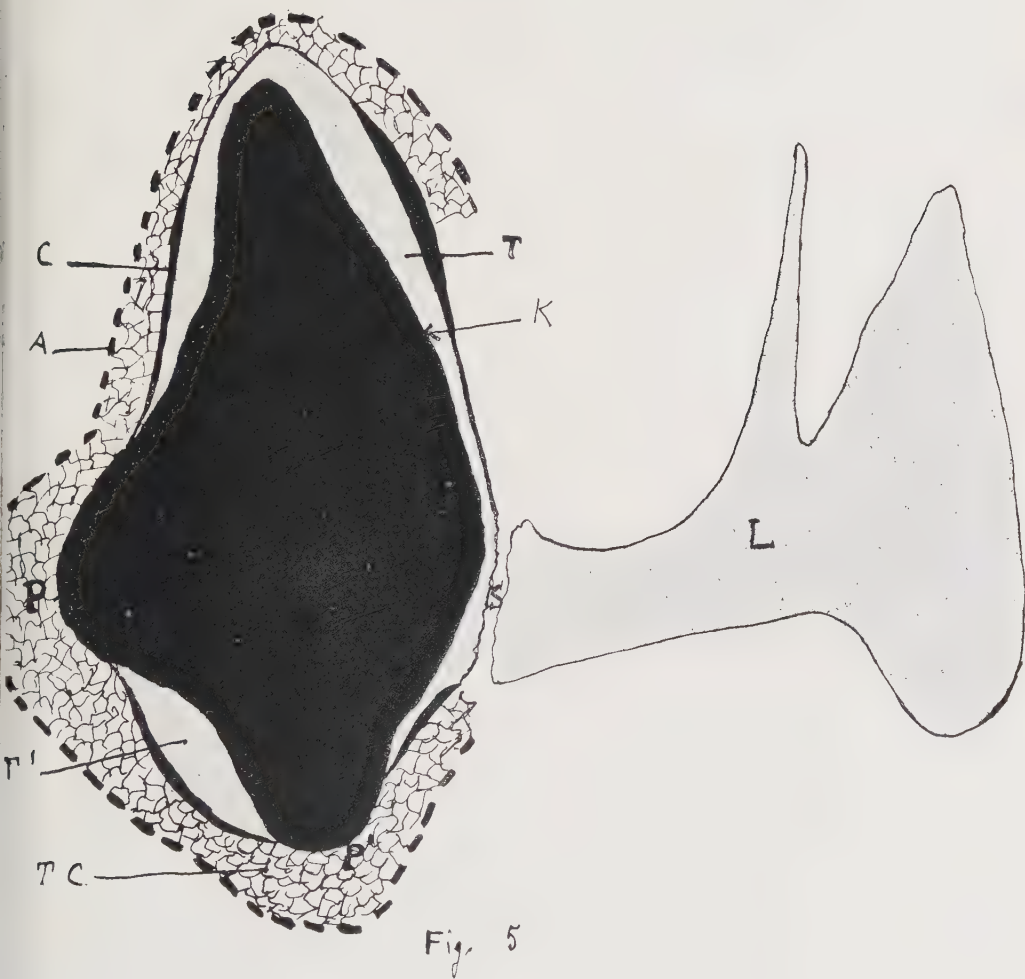
Ce phénomène d'assèchement vasculaire du goitre constitue une particularité des plus intéressantes au point de vue de l'énucléation massive, de sa simplicité d'exécution et de la facilité de l'hémostase. — Il serait possible de se rendre aisément compte de cette suppression artérielle par des injections de vieux goitres sur le cadavre. Il ne nous a pas été donné de pouvoir ainsi contrôler ce processus pathologique si spécial, mais les constatations faites sur le vivant au cours de l'opération ne laissent aucun doute sur la transformation vasculaire qui s'est produite. L'atrophie du système vasculaire artériel, sa disparition même, dans les goitres, s'accompagne d'une atrophie, d'une disparition similaire du réseau veineux qui, on le sait, du reste, est essentiellement capsulaire. Les hémorragies qui accompagnent les opérations pour goitres sont surtout redoutables dans la zone capsulaire, et une fois cette zone franchie, il ne s'agit plus guère que d'écoulement sanguin en nappe.

Ici doivent également prendre place certaines considérations relatives à un autre phénomène, dans l'espèce, non moins important et que M. Poncet qualifie dans son ensemble du nom : d'*Enucléation spontanée des masses goitreuses*. Par son poids, par les

pressions, par les mouvements incessants auxquels il est soumis, etc., le goître tend, en effet, à se mobiliser dans sa masse, à se déplacer surtout par en bas. Il acquiert ainsi une indépendance progressive vis-à-vis des tissus et des organes voisins. Il se libère insensiblement, en créant autour de lui un tissu celluleux lâche, une sorte de bourse séreuse ambiante qui, on le comprend, peut singulièrement simplifier les manœuvres opératoires. Il se dégage aussi de son pédicule vasculaire et de la sorte, forme une masse enkystée, dont nulle adhérence sérieuse n'assure une véritable fixité.

On peut, du reste, se faire une bonne idée de ce qui se passe pour la tumeur, vis-à-vis des parties profondes, par ce que l'on constate du côté des plans superficiels, de la peau, là où précisément la résistance est moindre, où la distension s'exerce aisément, et alors qu'il se produit, à la longue, une sorte d'exothyropexie sous-cutanée. Il est permis, dès lors, de préjuger ce que l'acte opératoire devient dans de telles conditions. Nous devons, en plus, faire remarquer que cette libération spontanée du goitre kystique vis-à-vis de son pédicule vasculaire, de la dépendance de l'aponévrose moyenne et de tous les tissus ambiants, s'effectue, également, vis-à-vis du reste de la glande. C'est ainsi que souvent, le lobe hypertrophié se dégage et abandonne l'isthme thyroïdien, par une sorte d'amputation lente, progressive des deux lobes entre eux. A. Poncet. (Fig. 5.)

L'énucléation massive, nous le verrons plus tard, peut être, en partie, intraglandulaire, en partie, sous-



Gros kyste unique du lobe droit de la thyroïde.

- K. — Kyste ayant perforé, éventré la capsule thyroïdienne en deux points P et P'.
- C. — Capsule thyroïdienne amincie, éventrée en certains points, épaissie dans d'autres.
- T, T'. — Tissu thyroïdien normal.
- T. C. — Tissu celluleux lâche, séparant le lobe hypertrophié de l'aponévrose péri-thyroïdienne.
- A. — Capsule péri-thyroïdienne formée par l'aponévrose moyenne.
- S. — Séparation spontanée du lobe malade de l'isthme thyroïdien.
- L. — Lobe gauche et isthme de la thyroïde.

capsulaire à en juger par des fragments de la glande conservés, par quelques débris plus ou moins épais et étendus de la capsule, mais elle est surtout extra-capsulaire ainsi qu'une anatomie pathologique grossière nous l'enseigne, et ainsi que le confirment les manœuvres si simples d'énucléation massive.

B) *Kystes multiples.*

Voyons maintenant les cas encore plus fréquents, ceux dans lesquels plusieurs kystes se sont développés dans le parenchyme glandulaire et à la longue se sont plus ou moins complètement substitués à lui.

Ces kystes que l'on peut supposer en plus ou moins grand nombre, et au début séparés par une quantité variable de tissu glandulaire sain, amènent par leur accroissement progressif un refoulement, une atrophie, enfin une disparition parfois totale des cloisons qui les séparaient les uns des autres.

Ils contractent alors entre eux des adhérences plus ou moins intimes, en même temps qu'ils arrivent en contact avec la capsule propre. Ces rapports capsulaires existent d'emblée pour les kystes corticaux, dès leur début sous-capsulaires; mais quel que soit le siège initial de la masse kystique, elle peut toujours, et cela à une époque variable, suivant la rapidité ou la lenteur de l'atrophie du tissu normal, arriver en contact avec la capsule et lui adhérer.

Ces adhérences relèvent naturellement d'un processus inflammatoire chronique; elles varient dans

leurs formes, dans leur consistance, etc. Mais si la capsule s'épaissit sur certains points, elle s'amincit sur d'autres, sous l'influence de sa distention, de la pression des kystes ; elle peut même disparaître par une éventration plus ou moins brusque, ainsi qu'en témoignent les irrégularités et les bosselures de la tumeur, qui a fini par triompher de sa barrière capsulaire. (Fig. 6.). Quant à l'atrophie des vaisseaux et à la mobilisation de la masse polykystique, elles reconnaissent, le même mécanisme que dans le goître unikystique.

Les nombreuses variétés de tumeurs thyroïdiennes enkystées, leur date plus ou moins éloignée, créent évidemment des différences grandes entre elles, au point de vue des transformations plus ou moins complètes du tissu thyroïdien d'un lobe envahi ; mais il n'en est pas moins vrai que, chirurgicalement parlant, ces modifications n'ont qu'un intérêt secondaire, et la conduite à tenir reste opératoirement la même.

Pour plus de clarté, nous avons uniquement considéré jusqu'à présent, en dehors d'une énucléation intra-glandulaire typique, les deux variétés :

1° *De kyste unique ;*

2° *De tumeur polykystique*, s'étant, dans l'un et l'autre cas, complètement substitués au tissu thyroïdien du lobe malade, qui peut être, du reste, frappé d'emblée dans sa totalité.

Il s'agit alors, comme on l'a vu, d'une énucléation massive totale, d'une décortication de tout le lobe atteint. (Voir fig. 4 et 6.) Mais il n'en sera pas toujours ainsi ; maintes fois, en effet, la dégénérescence



Fig. 6

Gros goître polykystique du lobe droit de la thyroïde.

(Tumeur devant être considérée comme occupant la totalité du lobe droit.)

- K. — Kystes dont quelques-uns font hernie à travers la barrière capsulaire (capsule thyroïdienne).
- C. — Capsule thyroïdienne éventrée en certains points, épaissie dans d'autres.
- T, T'. — Tissu glandulaire qui n'est plus représenté que par une couche plus ou moins épaisse de tissu normal.
- T. C. — Tissu celluleux lâche séparant la capsule propre de la glande de l'enveloppe péri-thyroïdienne.
- A. — Capsule péri-thyroïdienne (pointillé).

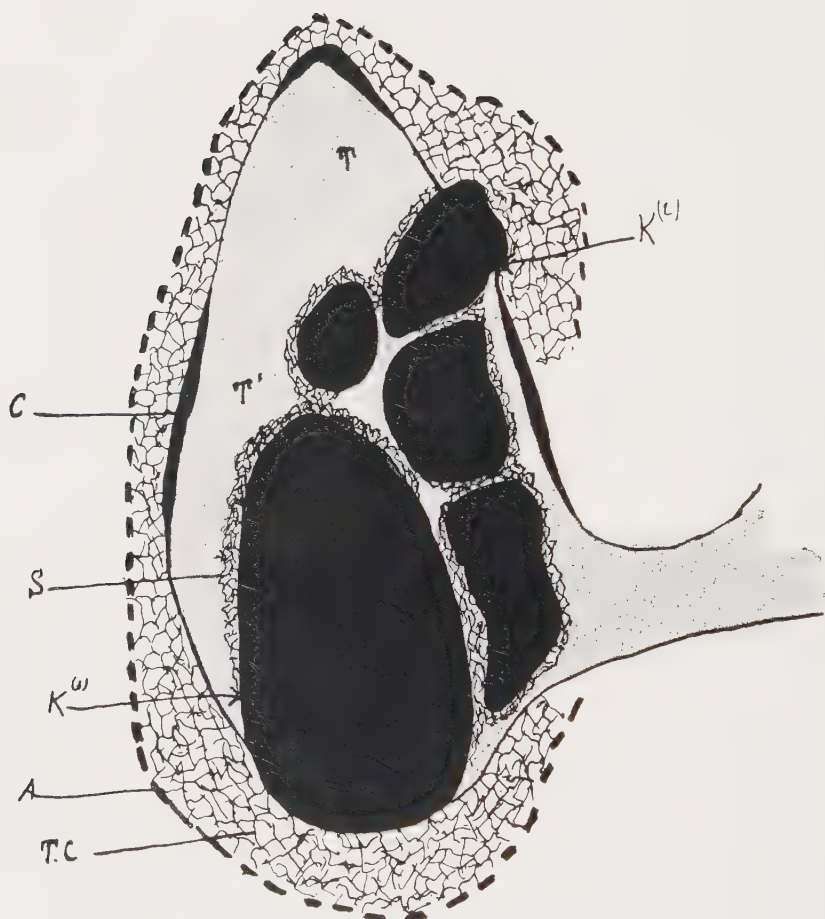


Fig. 7.

Goitre polykystique du lobe droit ayant respecté une bonne partie du lobe et justiciable d'une énucléation massive partielle.

K. — Kystes, dont deux ont éventré la capsule (1 et 2).

T, T'. — Tissu thyroïdien normal.

C. — Capsule propre, amincie, éventrée en certains points, épaissie dans d'autres.

T. C'. — Tissu cellulaire lâche péri-capsulaire.

A. — Capsule péri-thyroïdienne.

S. — Séparation spontanée, par une couche cellulaire, des noyaux kystiques du tissu glandulaire.

kystique n'aura porté primitivement que sur une portion d'un lobe, ou bien encore elle aura respecté une portion notable de son tissu glandulaire, et l'on doit alors pratiquer, la chose se comprend aisément, puisqu'il importe de conserver toujours le plus possible de la glande saine, une *énucléation massive partielle*.

La fig. 7 montre cette variété d'hypertrophie justifiable d'une *énucléation massive partielle*, et l'on peut ainsi supposer telles variétés de volume, de nombre des kystes, etc., entourés d'une épaisseur inégale et variable de tissu thyroïdien sain. C'est au cours de l'opération que l'on se rendra compte de ces différences anatomiques qui imposent telle ou telle manœuvre chirurgicale.

MANUEL OPÉRATOIRE

Les conditions anatomiques et anatomo-pathologiques dans lesquelles nous sommes entré nous permettent maintenant d'exposer le manuel opératoire de l'*énucléation massive*.

Nous n'envisageons, bien entendu, que les côtés particuliers de cette opération, sans nous attarder à la description des premiers temps d'un acte chirurgical, qui lui sont communs, avec d'autres interventions sanglantes, mises en usage pour l'ablation des goîtres. C'est ainsi que la direction, la longueur de l'incision de la peau, des plans superficiels, etc., importent peu. M. Poncet recommande, avant tout, une incision cutanée, dont le milieu réponde à la partie la plus saillante de la tumeur, incision ménageant les veines importantes de la région, et permettant, par ses dimensions, d'opérer en surface, à ciel ouvert, et non pas au fond d'une cavité. Il va sans dire que, suivant

les cas, la forme et les dimensions de cette incision peuvent être modifiées.

Nous envisagerons successivement chaque variété de goitres susceptibles de l'énucléation massive, et dont nos figures donnent une bonne idée.

I. — ENUCLÉATION INTRA-GLANDULAIRE MASSIVE.
(Fig. 3.)

1^{er} temps : La peau, les plans superficiels incisés, et alors que le goitre apparaît libre au niveau de l'incision, avec l'index de la main droite manœuvrant dans le tissu celluleux péri-capsulaire, le chirurgien décolle méthodiquement, avec douceur, mais aussi rapidement, la tumeur dans la plus grande partie de son étendue, et cette manœuvre, exécutée méthodiquement, il luxe au dehors, le lobe malade qui fait hernie, dès lors, au travers des lèvres de la plaie, C'est là le premier temps particulier de cette intervention chirurgicale.

2^e temps : Les bords de la plaie sont garnis de compresses de gaze stérilisée qui entourent le lobe luxé et qui, maintenues en place par les mains d'un aide, assurent l'hémostase. Elles mettent aussi à l'abri de la complication redoutable de l'entrée de l'air dans les veines, qu'il faut toujours craindre dans les opérations sanglantes sur le cou. Le chirurgien incise alors la tumeur thyroïdienne sur sa ligne médiane. Il pénètre progressivement avec le bistouri jusqu'au kyste à travers la couche thyroïdienne d'épaisseur variable.

3^e temps : Les bords de la plaie thyroïdienne soulevés avec des pinces hémostatiques faisant l'office de crochets, l'index droit contourne la masse kystique, cherche à l'isoler, à la mobiliser pour l'extraire en bloc, ce qui a lieu habituellement dans des cas déterminés (voir fig. 3), par suite des adhérences, de la fusion de ces kystes entre eux. Cette manœuvre d'énucléation se fait aisément et la rupture d'une ou plusieurs poches à parois particulièrement minces ne constitue qu'un incident sans importance. La masse principale évacuée, le doigt explore les alentours de la cavité dans laquelle elle était logée, pour extraire, s'il y a lieu, quelques noyaux goitreux satellites inclus dans le voisinage. Il s'agit alors, comme on le voit, de la mise en pratique régulière de l'opération de Socin.

Au goitre enlevé M. Poncet substitue immédiatement une quantité équivalente de gaze iodoformée chiffonnée, faisant tampon, et assurant ainsi l'hémostase.

La main d'un aide appliquée sur le tampon pendant trois ou quatre minutes complète la compression hémostatique; passé ce temps, le tampon est enlevé et l'hémostase est réalisée s'il y a lieu par des ligatures et des sutures hémostatiques au catgut; ces dernières mettant en contact les surfaces thyroïdiennes cruentées.

II. ENUCLÉATION MASSIVE D'UN GROS KYSTE THYROÏDIEN (Fig. 4 et 5) ayant entraîné dans son développement l'atrophie presque totale du lobe envahi (voir fig. 4).

Les premiers temps de l'opération sont les mêmes que précédemment jusqu'au moment où le kyste apparaît entre les lèvres de la plaie.

Ici, avant toute tentative de mobilisation, il faut recourir à un artifice opératoire qui constitue le premier temps particulier de l'intervention.

1^{er} temps : Ponction du kyste au niveau de sa partie la plus saillante avec un trocart à hydrocèle. Évacuation complète de la poche dont les mains d'un aide appliquées latéralement à plat, de chaque côté du cou, suivent le retrait.

2^e temps : Décortication du kyste. La poche évacuée, les mains de l'aide restant en place, le chirurgien, après avoir retiré la canule et en utilisant l'ouverture primitivement faite, incise le kyste sur une étendue variable de deux à trois centimètres au moins, incision qui doit lui permettre d'explorer avec le doigt toute l'étendue de la cavité kystique.

Avec les pinces hémostatiques de Kocher il saisit chacune des lèvres de la paroi incisée. A ce moment il a grand soin de ne prendre dans les mors de la pince que la paroi du kyste, et il s'assure, à maintes reprises, qu'elle seule est bien retenue. Il est, en effet, d'une importance capitale pour les manœuvres ultérieures d'avoir d'emblée un plan de clivage, qui soit immédiatement contigu à la paroi du kyste, afin, de ne pas s'égarer dans les tissus voisins et de procéder à une décortication aussi méthodique et aussi rapide que possible. Soit en s'aidant des pinces comme tracteurs, soit en introduisant

l'index, le médius de la main gauche, par ex., dans la poche, pour la soutenir et la faire saillir, avec les doigts de la main droite comme dans toute espèce de décortication qui doit être, dans une telle région, très prudente, le chirurgien procède à une énucléation lente et progressive. Il doit n'avancer qu'à coup sûr en combinant les tractions sur la poche avec son décollement des tissus environnants.

C'est ici que se produisent certaines particularités sur lesquelles nous devons insister, et dont la figure 5 nous donne l'explication ainsi que les considérations dans lesquelles nous sommes entrées au chapitre anatomo-pathologique.

Par suite de son ancienneté, de son volume, de ses mouvements, de certaines conditions locales, la tumeur, ou, pour mieux dire, le lobe tout entier auquel elle s'est substituée, a subi une mobilisation progressive et une sorte d'énucléation spontanée au milieu des tissus qui l'entourent. Aussi est-ce la règle, en pareil cas, de voir la tumeur dont l'ablation paraissait devoir être *a priori* très laborieuse, s'énucléer facilement, et parfois même après quelques manœuvres bien dirigées tomber, en quelque sorte, dans la main du chirurgien.

Il ne faut donc pas vouloir *a priori* faire une extirpation intra-glandulaire, intra ou extra-capsulaire, il faut, ce qui arrive du reste à peu près fatalement, malgré toute idée préconçue, se laisser guider par le décollement lui-même, en cotoyant toujours, autant que faire se peut, d'une façon intime, la paroi du kyste. On a de la sorte, une énucléation en bloc,

énucléation massive qui se passe dans le tissu cellulaire péri-thyroïdien, en très grande partie, et qui laisse en place des fragments, des lamelles du parenchyme thyroïdien encore respecté.

L'énucléation est donc essentiellement extra-capsulaire et les quelques lambeaux de tissu glandulaire abandonnés dans la plaie ne sauraient lui valoir le nom d'énucléation intra-glandulaire. (Fig. 4 et 5).

Un des phénomènes les plus intéressants est la libération de cette masse pathologique, vis-à-vis des vaisseaux atrophiés et même disparus comme nous l'avons indiqué, et vis-à-vis également du reste de la glande, de l'isthme thyroïdien par exemple, dans un goitre latéral. On est, en effet, heureusement surpris de se trouver en face d'une surface peu saignante dont l'hémostase est facile à réaliser par un tamponnement provisoire et par les moyens habituels.

On aperçoit, en outre, l'isthme thyroïdien indemne, non déchiré, comme s'il existait congénitalement une indépendance de ce dernier vis-à-vis des lobes latéraux.

III. ENUCLÉATION MASSIVE D'UN GOITRE POLYKYSTIQUE (Fig. 6 et 7) ayant envahi la plus grande partie, sinon la totalité d'un lobe thyroïdien.

Les premiers temps de l'opération sont les mêmes que précédemment et nous supposons, comme l'indique la figure 6, le cas d'une tumeur polykystique constituée par des masses encapsulées de contenu, de consistance différentes, sans kyste liquide d'un volume tel que l'évacuation de son contenu par le trocart puisse, comme précédemment, être utile pour

les manœuvres opératoires ultérieures et constituer ainsi le premier temps de l'intervention.

1^{er} temps : Le goitre largement au jour, il faut, comme pour un goitre uniloculaire, dégager avec soin la masse entière en la serrant, le plus possible, de très près. Dans cette manœuvre, on libère aisément la plus grande partie de la tumeur plus ou moins encore intimement adhérente par sa face profonde. Une inspection minutieuse permet de reconnaître s'il existe de-ci de-là une couche thyroïdienne à respecter, mais le plus souvent le peu d'épaisseur, l'inégalité des lamelles thyroïdiennes, l'effondrement de la capsule, en divers points par les kystes, rendent la recherche d'un tel plan de clivage illusoire et c'est bien encore dans le tissu celluleux péri-capsulaire, qui ouvre un chemin tout préparé, que le décollement s'effectue, parfois avec une rapidité telle, que suivant une comparaison de M. Poncet, on dirait un fruit mûr qui se détache de lui-même de la branche qui le porte, une noix qui s'énuclée de son brou devenu sec. Ici encore l'énucléation est essentiellement extra-capsulaire. Opératoirement parlant elle doit être considérée comme telle.

Nous avons jusqu'à présent envisagé un seul lobe goitreux, et de préférence un lobe latéral, et nous avons montré que dans ces goitres kystiques, l'opération de choix, et qui, du reste, s'impose lorsqu'on admet la possibilité d'une énucléation massive, n'était autre que l'ablation totale du lobe envahi. C'est, en somme, une thyroïdectomie de tout un lobe par une énucléation en bloc.

Il nous reste à parler de son application dans les goîtres où la thyroïde toute entière est infiltrée de kystes. Dans ce cas, en effet, une énucléation massive qui serait totale, équivaldrait très probablement à une ablation de toute la glande, aussi M. Poncet ne conseille-t-il, et ne pratique-t-il l'énucléation massive que sur un des lobes latéraux seul, ou associé avec l'isthme thyroïdien.

Il ne faut pas, suivant lui, toucher à l'autre lobe latéral malade, car quelque économique que soit, au point de vue de la conservation du tissu glandulaire normal, l'énucléation d'un lobe latéral et de l'isthme, il faut redouter les complications ultérieures comme après une thyroïdectomie totale; c'est-à-dire le myxœdème avec son pronostic particulièrement grave.

Cette extirpation en bloc partielle est d'autant plus rationnelle et acceptable que les parties goitreuses restantes, suivant une remarque déjà ancienne (Poncet, Jaboulay), subissent toujours une atrophie plus ou moins notable et que les troubles fonctionnels qui nécessitaient une intervention chirurgicale, sont eux-mêmes enrayés par la libération de la trachée et des organes avoisinants après l'extirpation du principal lobe goitreux.

Ce serait donc une erreur de reprocher à l'énucléation massive l'ablation de portions saines de la glande. Nous avons vu, du reste, qu'il ne pouvait en être autrement par suite des modifications subies par le tissu glandulaire que n'aurait pu sauvegarder aucune autre intervention, en supposant qu'elle soit possible.

A côté de l'énucléation massive totale d'un lobe, doit naturellement prendre place l'énucléation massive partielle, qui est réservée aux formes de tumeurs polykystiques développées dans une partie seulement d'un lobe dont le reste du tissu glandulaire a conservé son intégrité. La figure 7 montre cette variété de goîtres qui est justiciable d'une énucléation massive intra et extra-capsulaire par suite des rapports des tumeurs encapsulées avec le tissu glandulaire restant et avec la capsule qui a cédé, qui a disparu sur certaines parties de sa surface.

Le goitre est-il ancien et d'un certain volume? Il se passe entre lui et le tissu thyroïdien ambiant un phénomène analogue à celui que nous avons signalé relativement à la mobilisation et à la libération spontanée de tout un lobe goitreux.

Ces noyaux malades se détachent lentement par un mécanisme que nous avons déjà indiqué du tissu glandulaire ambiant, ils en deviennent complètement indépendants, ainsi du reste que le fait a été souvent constaté pour d'autres organes : fibromes de l'utérus, du sein, etc....

Cette libération indique le procédé à employer, la voie à suivre pour arriver à l'extirpation. Il s'agit alors d'une *énucléation massive partielle*. Après ce que nous avons dit longuement plus haut, nous n'entrerons pas dans d'autres détails de technique opératoire. Qu'il nous suffise de faire observer que le plan de clivage est imposé par la présence d'une quantité notable de tissu thyroïdien sain, dont l'œil et les doigts du chirurgien apprécient, du reste, les caractères.

Il ne faut point ici, comme l'indique notre figure 7, vouloir encore pratiquer une opération bien réglée dans sa technique complètement soit intra, soit extra-capsulaire : le ou les plans successifs de clivage sont imposés par les lésions elles-mêmes. Mais si l'on peut être hésitant sur ce que l'on doit méthodiquement faire, il n'est pas permis de l'être sur la conduite à venir vis-à-vis du parenchyme thyroïdien sain qui sera épargné, et c'est entre lui et les noyaux goitreux que l'on cherchera le plan de clivage.

Nous serons très brefs sur le traitement post-opératoire et immédiat des goitres enlevés. — Dans de nombreux travaux sortis de l'école de Lyon cette question a été envisagée et longuement traitée.

Disons en terminant, que l'hémostase doit être faite systématiquement, d'une façon complète, car après de telles opérations les hémorragies, qui ne sont pas rares dans les premières heures, peuvent être graves.

Il faut aussi, comme le recommande M. Poncet, drainer largement la plaie, dans son point le plus déclive, et parfois même, si la surface cruentée est considérable, si l'on peut redouter une hémorragie veineuse en nappe, faire un pansement à plat, traiter la plaie à ciel ouvert en la tamponnant dans ses coins et recoins avec de la gaze iodoformée chiffonnée. Par sa capillarité, ce mode de pansement est, de plus, le meilleur drainage.

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. Bérard).

Goître polykystique. — Enucléation massive. —

(10 Juillet 1897.)

Madame S..., 35 ans. — Institution des Diaconesses (Paris). — Début de la tumeur remontant à 7 ou 8 ans. — Depuis 9 mois, sans augmentation brusque de volume, aggravation telle des troubles dyspnéiques et de la névrosité que la malade doit conserver le décubitus et recourir aux calmants.

A l'examen le 10 Juillet, état général assez bon, malgré un peu d'amaigrissement. — Température normale. — Rien à l'auscultation du poumon. — Pas de tachycardie ni de tremblement. — Rien du côté des yeux.

Cou augmenté de volume des 2 côtés, par tumeur suivant les mouvements du larynx et développée surtout dans les lobes latéraux du corps thyroïde. — A droite, masse solide du volume d'une orange.

A gauche, contours moins nets, consistance plus rénitente et même fluctuante. — Trachée déviée à gauche. — Pas de ganglions.

Voix normale.

10 Juillet. — *Opération* pratiquée à Paris par M. le Prof. Poncet, assisté de MM. les Dr Brissaud, Monod et Bérard. — Incision médiane longitudinale. — La tumeur une fois découverte saigne abondamment, rapidement 2 incisions de décharge en $+$. — Pas d'hémostase avant l'ablation de la tumeur.

A droite énucléation massive partielle du lobe.

A gauche, énucléation massive, presque totale : kystes évacués, parois décortiquées en partie, en parties laissées et suturées avec la portion restante de la corne supérieure intacte pour ménager le plus possible de glande saine. — Hémostase. — Sutures. — Deux drains.

Immédiatement après la luxation au dehors des lobes hypertrophiés, avant leur ablation, la respiration jusque là bruyante et pénible devient calme et silencieuse jusqu'à la fin de l'opération.

Aucun incident d'anesthésie.

Schok assez considérable. — Aussitôt le pansement fait, le pouls devient rapide (130) et petit.

Revue, deux heures après, la malade a la peau plus chaude, le pouls est à 140, assez faible et filant — La malade accuse de vives douleurs à chaque tentative de déglutition. — Aphonie. — Aucun trouble de la respiration indiquant une lésion profonde des récurrents qui n'ont pas été vus pendant l'opération.

Dans l'après-midi, l'état de la malade s'améliore, malgré un pouls à 145 et une température de 39° dès six heures du soir. — Nuit bonne.

11 Juillet. — La température reste stationnaire jusqu'au 14 Juillet où elle descend à 38°4 et le pouls à 96.

14 Juillet. — Un des deux drains est retiré. — Aspect parfait de la plaie qui se réunit par première intention.

15 Juillet. — L'auscultation décèle un petit foyer de broncho-pneumonie à la base droite, mais sans élévation notable de température et sans dyspnée marquée.

16 Juillet. — Broncho-pneumonie beaucoup plus étendue. — La température monte à 39°7 et le pouls à 108. Mais rétrocession rapide des phénomènes pulmonaires qui ont eu peu de retentissement sur l'état général.

19 Juillet. — Le deuxième drain est retiré ; ainsi que les fils de suture.

Depuis le surlendemain de l'opération, la malade accuse un bien-être et un calme tels, qu'elle n'en avait pas ressenti depuis plus d'un an. — Respiration facile et tranquille. — Le sommeil naturel est revenu.

OBSERVATION II (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance du D^r Thévenot).

*Goitre médian, polykystique, suffocant. —
Enucléation massive.*

F. Orel, 16 ans, menuisier (Saint-Philippe, n° 28). — Le malade entre à la clinique le 19 Février 1898.

Antécédents : Mère morte tuberculeuse. — Deux frères morts en bas âge de maladies inconnues. — Pas de goitreux dans la famille; quelques-uns dans le village qu'il habite. — Pas de scrofuleuse ni de maladie grave dans l'enfance.

Le malade vient à Lyon à 13 ans, et deux mois après son arrivée, constate que son cou augmente de volume à gauche, mais sans douleur; l'augmentation s'est faite progressivement, jusqu'à il y a six mois. — A partir de ce moment elle est restée stationnaire. — Mais le malade est oppressé au moindre effort, parfois même pendant le repos. — Au palper, on constate une tumeur molle, bosselée, pas nettement fluctuante, du volume d'une mandarine légèrement déjetée à gauche, et suivant les mouvements de déglutition. — A gauche, la tumeur plonge manifestement derrière le sternum et la clavicule.

Pas de signes de Basedowisme. — Pouls irrégulier, ralenti, intermittent, oscille entre 60 et 72. — Pas de tremblement des mains. — Pupilles égales moyennement dilatées.

Pas de modification de la voix.

Au cœur, on entend un frémissement présystolique à la pointe, avec un dédoublement (intermittent) du deuxième bruit. — Extrême irrégularité du rythme cardiaque. — Aux poumons rien d'anormal.

Operation : 25 Février 1898. — Pas d'anesthésie générale par crainte d'accidents cardiaques. — Anesthésie cocaïnique de la peau. — Douleurs très vives dans la suite. — Luxation

et énucléation massive d'une grosse masse polykystique d'apparence plus ou moins charnue.

Après l'extirpation, on laisse dans la plaie une languette thyroïdienne de 3 ou 4 centimètres de largeur. — Les manœuvres ont donc été intra, mais surtout extra-capsulaires. — Hémostase. — Pas de réunion. — Pansement à plat.

Pendant les trois premiers jours suivants, fièvre thyroïdienne intense jusqu'à 40, chute brusque le quatrième jour.

Un peu de suintement séro-sanguinolent dans le pansement.

Bon état général. — La plaie cicatrise par bourgeonnement.

Le malade sort guéri le 10 Avril.

OBSERVATION III (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Bérard).

*Goitre multinodulaire charnu, volumineux. —
Enucléation massive.*

R..., Marie, 17 ans (Sainte-Anne, n° 19). — La malade entre à la clinique pour un goitre volumineux. — Pas de suffocation. — Bon état général.

Opération le 29 Août 1898. — Enucléation massive de plusieurs adénomes dont quelques-uns en transformation kystique. — Trachée assez molle. — Trachéite intense qui a nécessité le nettoyage du pharynx pendant l'opération.

Peu de sang. — Simple suture intra-dermique, avec deux mèches passant par l'extrémité inférieure de la plaie.

Part guérie le 27 Septembre 1898. — Pas de fièvre thyroïdienne.

OBSERVATION IV (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Bérard)

Goitre charnu, multinodulaire. — Enucléation massive.

C..., 28 ans (Saint-Philippe). — Le malade entre le 7 Septembre 1898 pour un goitre volumineux occupant le lobe droit et le lobe médian.

Opération le 9 Septembre 1898. — Enucléation massive d'adémones multiples. — Hémorragie veineuse de la coque facilement arrêtée par tamponnement et par la suture hémostatique. — Coque fixée dans la plaie. — Deux petites mèches de drainage. — Suture dermique au catgut, de la partie supérieure de la plaie.

Énorme fièvre thyroïdienne 41°, puis descente au bout de trois jours jusqu'au dixième jour.

Un peu de sphacèle jusqu'au douzième jour.

Part guéri.

OBSERVATION V (Service du Prof. Poncet.)

(Due à l'obligeance de M. Bérard).

*Gros goitre kystique à droite. — Multinodulaire à gauche.
— Enucléation massive.*

T..., Marie, 47 ans (Sainte-Anne). — La malade entre pour un goitre volumineux, non douloureux.

Opération le 30 Août 1898. — Enucléation intraglandulaire de la poche kystique à droite. — Enucléation massive à gauche.

A droite, tamponnement d'une énorme cavité laissée par la tumeur.

A gauche, mèche plus petite dans la loge.

Trois fils métalliques.

Opération très simple. — Légère suppuration des fils. — Pas de fièvre thyroïdienne. — La malade part guérie le 10 Octobre 1896.

OBSERVATION VI (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Bérard)

Goitre kystique ancien. — Enucléation massive.

B..., Gaspard, 56 ans (Saint-Philippe, n° 4). — L'origine du goitre remonte à plusieurs années, la tumeur est située dans le lobe gauche. Depuis quelques mois il s'est fait une poussée rapide, sans signes nets de compression, mais avec sensation de constriction trachéale. — En outre, on sent une chaîne de petits ganglions sternomastoïdiens.

Opération le 20 Février 1899. — Enucléation massive assez simple d'un vieil adénome kystique contenant plusieurs petits kystes à l'intérieur, dont quelques-uns contiennent du liquide hématique. — On a dû faire la ligature et la section de la thyroïdienne supérieure. — Tamponnement. — Suture hémostatique. — Suites simples. — Fièvre thyroïdienne nulle.

OBSERVATION VII (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Bérard).

Volumineux goitre kystique médian. — Enucléation massive.

G..., Céline, 24 ans (Sainte-Anne). — Début de la tumeur il y a 8 ans. — La malade s'aperçoit qu'elle a au cou une

grosseur qui a augmenté peu à peu, sans douleur, progressivement pour arriver au volume d'une tête de fœtus comme on le constate actuellement.

Elle commence à un travers de doigt sous le maxillaire et surplombe le sternum de deux forts travers de doigts. Latéralement la tumeur est plus développée à droite qu'à gauche. De ce côté elle atteint à peine le chef claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien, tandis qu'à droite elle le dépasse. Elle mesure 26 cent. de circonférence dans le sens transversal, et 17 cent. dans le sens vertical. — A la palpation on a une sensation nette de fluctuation, presque de mollesse, c'est-à-dire que la poche n'est pas très tendue. La tumeur suit peu les mouvements de déglutition.

Opération le 22 février 1899. — Anesthésie avec le mélange de Billroth. Syncope préopératoire rapidement conjurée. L'opération est pratiquée par M. Bérard. Incision, au niveau du lobe gauche, verticale en haut et oblique en bas et en dedans.

L'énucléation massive est très facile, malgré le volume de la tumeur. On trouve facilement un plan de clivage. Le pédicule en haut, saigne assez et on est obligé de laisser une pince à demeure. Tamponnement. — Deux mèches de drainage dont l'une est enlevée le deuxième jour, l'autre le quatrième. — Suites très simples. — Pas de fièvre thyroïdienne. — La malade part guérie le quinzième jour, mais doit revenir pour se faire réséquer un peu de peau qui est en trop après l'ablation de la tumeur, ce qui n'est pas esthétique.

OBSERVATION VIII (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Bérard).

*Goitre médian en transformation kystique. —
Enucléation massive.*

D..., Antoine, 18 ans (St-Philippe). La tumeur date de 9 ans; elle a le volume d'une grosse orange. — Peu de troubles de la respiration. — Voix bitonale. — Intelligence et taille normales.

Opération le 31 Mars 1899. — Enucléation massive facile et rapide. Suture intra-dermique. — Drainage. — Fièvre thyroïdienne à 39°. — Suites très simples. — Guérison en 10 jours.

OBSERVATION IX (Service du Prof. Poncet)

(Due à l'obligeance de M. Bérard).

*Goitre en transformation kystique du lobe droit. —
Enucléation massive.*

L..., Henri, 46 ans (St-Philippe n° 2). Le début apparent de la tumeur remonte à quatre ans. Pas de troubles fonctionnels autres que de l'essoufflement; ralentissement du cœur pendant l'effort, et bronchite facile. Volume d'une orange. — La forme est allongée. — La poche un peu tendue.

Opération le 17 juin 1899. — L'enucléation massive est très facile. — Peu d'hémorragie. Suture hémostatique. Suture intra-dermique; Drain. — Peu de fièvre thyroïdienne. — Le drain est retiré le quatrième jour. — Suites locales simples, sauf un petit abcès dû à un fil derrière la cicatrice.

Guérison sans autres incidents.

OBSERVATION X (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Bérard).

Goitre médian charnu. — Enucléation massive.

T..., Marie, 29 ans (Ste-Anne n° 4). La tumeur date de un an. — Pas de sensation de fluctuation. Le goitre s'enfonce sous le sterno-cléido-mastoïdien et plonge derrière le sternum dont la poignée est un peu repoussée en avant. Trachée un peu déviée à gauche. — Pas de troubles oculo-pupillaires. — Bon état général.

Opération le 30 juillet 1900. — On fait une énucléation massive assez facile. Peu d'hémorragie. — Drainage de la cavité au moyen de mèches salolées. — On suture la partie supérieure de la plaie. — Les jours suivants la fièvre thyroïdienne ne dépasse pas 38°2.

La malade part guérie le 19 août, avec une jolie cicatrice.

OBSERVATION XI (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Bérard).

Goitre kystique médian. — Enucléation massive.

T..., Marie, 16 ans (Ste Anne, n° 55). — La tumeur a débuté à l'âge de 12 ans. Depuis deux ans, elle grossit rapidement. Cependant depuis deux mois il s'est produit un temps d'arrêt. Elle est du volume d'une mandarine. Il existe de la compression trachéale. — Voix bitonale. — Cornage. — Oppression.

Opération le 5 août 1899. — Enucléation massixe très simple. — Peu d'hémorragie. — On place un drain entouré de gaze à la partie inférieure de la plaie, tandis qu'on suture la partie supérieure. — Suites simples. — Pas de fièvre thyroïdienne.

La malade part guérie le 24 août.

OBSERVATION XII (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Bérard).

Goitre multinodulaire du lobe droit. — Enucléation massive.

G..., Joséphine, 22 ans (Ste Anne, n° 7). — La tumeur est assez volumineuse.

Pas de gêne respiratoire. — Un peu d'essouffement dans l'effort.

Opération le 17 août 1899. — Enucléation massive simple et rapide. — On place une mèche de drainage. Pas de fièvre thyroïdienne. — Suites simples.

La malade part guérie le 24 août.

OBSERVATION XIII (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Bérard).

Goitre multinodulaire charnu en transformation kystique. — Enucléation massive.

G..., Marie, 34 ans (Ste Anne, n° 2). — La tumeur a apparu il y a quatre ou cinq ans. A l'examen on se rend compte que l'on a affaire à un goitre charnu en transformation kystique, presque médian, empiétant un peu à droite. La malade insiste sur ce fait qu'elle ne peut rester du côté gauche, parce qu'elle respire difficilement. La tumeur assez peu mobile arrive au ras du sternum. Depuis quelques mois, il s'est fait un accroissement notable. La malade a essayé chez elle le traitement ioduré, mais sans succès.

Opération le 8 janvier 1900. — Aussitôt après l'ablation de la tumeur, menace pressante d'asphyxie, due à ce que la tête est inclinée à gauche pour faciliter l'opération, et que la trachée ramollie à droite par le goitre, s'affaisse dans cette position. Il suffit de ramener la tête à droite pour que tout rentre dans l'ordre. — On est obligé de laisser une dizaine de pinces à demeure. — Pas de sutures à cause d'une hémorragie en nappe légère au fond de la coque. — La malade est surveillée de près après le pansement. La respiration est normale. — Convalescence simple. — Pas de fièvre à signaler.

La malade sort guérie au bout de trois semaines, avec une cicatrice peu disgracieuse.

OBSERVATION XIV (Service de M. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Bérard).

Goitre kystique du lobe droit, avec un peu d'hypertrophie généralisée de tout le corps thyroïde. — Enucléation massive.

L., Louise, 16 ans (Sainte-Anne, n° 3). — Goitre nodulaire apparu, paraît-il, à l'âge de un an, à la suite d'une crise de convulsions.

Peut-être congénital? Accroissement considérable depuis quelques mois, sans doute à cause de la transformation kystique du noyau le plus élevé du lobe droit. Actuellement la malade qui semble avoir un retard notable de croissance, un squelette mou et menu, accuse depuis deux ans, une gêne notable de la respiration, avec toux quinteuse surtout marquée au moment des efforts par mouvements.

Au cœur, souffle probablement anémique, surtout des vaisseaux du cou. Pas de tachycardie. Pas de signe de Basedowisme.

A gauche, du front à la racine des cheveux, on voit des taches de vitiligo, avec pigmentation d'une mèche de cheveux, à la suite d'une émotion très vive.

Au-dessous de la masse goitreuse principale, on sent un petit noyau, sans doute c'est un nodule d'adénome fœtal.

Déviation assez notable de la trachée à droite.

Opération le 9 janvier 1900. — Opération très simple. — On fait une énucléation massive rapide et sans incidents.

Ligatures sans pinces à demeure. — A la partie inférieure de la plaie on place un petit drain. — Réunion par première intention. — Pas de fièvre thyroïdienne. — Suites simples. — La malade part guérie le 20 janvier.

OBSERVATION XV (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Bérard).

Goitre charnu lobaire gauche en transformation kystique.
— *Enucléation massive.*

M. B., Joséphine, 35 ans (Sainte-Anne, n° 16). — La tumeur a le volume d'une mandarine. — La respiration est gênée à chaque effort. — La nuit un peu de dyspnée. — Pas de compression notable des récurrents, ni de l'œsophage. — La voix est légèrement pâteuse. — Le larynx et la trachée sont un peu déviés à droite.

Opération le 28 mai 1900. — L'enucléation massive est faite avec facilité. — Quelques ligatures et suture hémostatique.

Une mèche de drainage à la partie déclive de la plaie. — Suites simples. — Pas de fièvre thyroïdienne. — La malade part guérie au bout d'une quinzaine de jours.

OBSERVATION XVI (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Thévenot).

Goitre polykystique droit. — *Enucléation massive.*

C..., Marie-Louise, 58 ans (Ste-Anne, n° 5). — Pas d'antécédents héréditaires. Le début de la tumeur remonte à 10 ou 12 ans. A cette époque la malade s'aperçut d'une tumeur médiane située au niveau de la fourchette sternale, et qui a augmenté petit à petit. Il y a 3 mois environ la tumeur devint plus latérale et s'accentua à droite. A partir de cette époque, survinrent des accidents de suffocation fréquents dans la marche surtout, mais se produisant aussi

au repos. La gêne respiratoire est continuelle. Un peu de dysphagie. — A l'examen on trouve une tumeur médiane, fluctuante, du volume d'un œuf, passant derrière le sternum, mais ne semblant pas descendre bien profondément. En tous cas on la soulève facilement sans améliorer la gêne respiratoire. — Grande mobilité dans les mouvements de déglutition. — A droite on sent une tumeur plus grosse, peu tendue, et semblant probablement kystique.

A gauche, on sent de petits noyaux durs.

Phénomènes de compression veineuse, caractérisés par une dilatation variqueuse de la partie antéro-latérale droite du thorax.

Pas de signes de Basedowisme.

On trouve un ganglion, comme une grosse noisette, dans le creux sus-claviculaire droit ; pas d'autres ganglions. Bon état général. — Rien au cœur.

Opération le 10 juillet 1900. — Elle est pratiquée par M. X. Delore.

Incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien droit, et section oblique des sous-hyoïdiens. La tumeur forme un bloc que l'on énuclée avec deux doigts passés en arrière. — On trouve facilement un plan de clivage en arrière, la tumeur étant très superficielle à la surface du lobe, et on termine l'énucléation sans être obligé de pratiquer de ligatures, sauf celle de la thyroïdienne supérieure. En somme, énucléation extra-glandulaire, en dehors et en avant ; intra-glandulaire en arrière et en dedans. — La masse enlevée descendait au contact de la plèvre, elle présentait à sa partie moyenne un sillon correspondant à la clavicule et au sternum. — C'est une tumeur polykystique dont chaque noyau est séparé du voisin par une mince couche de tissu thyroïdien.

La trachée est refoulée à gauche et ramollie.

Hémorragie assez considérable aussitôt arrêtée par le tamponnement. La suture hémostatique est impossible, aussi on fait un tamponnement à la Mickulicz.

La durée de l'opération a été de 20 minutes.

Suites simples. — Pas de température.

La malade part guérie le 5 août.

OBSERVATION XVII.

(Due l'obligeance de M. X. Delore).

Goitre polykystique du lobe gauche. — Enucléation massive.

Madame X., 25 ans. — De bonne santé habituelle est atteinte d'un petit noyau thyroïdien depuis 2 ans. Elle a suivi divers traitements avec beaucoup de régularité. — Dernièrement l'usage de l'iodothyline, à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour et pendant deux mois, n'a eu aucune influence sur la tumeur; mais cela a entraîné un amaigrissement général et une diminution de volume des seins, qui décidèrent la malade à venir réclamer une opération.

On sent dans le lobe gauche et en arrière, appliqué contre la colonne vertébrale, un noyau lobulé de la grosseur d'une pomme, qui descend un peu au-dessous du sternum, dans l'intervalle des déglutitions et remonte au-dessus pendant la déglutition.

La malade prétend qu'elle est plus irritable depuis six à huit mois, plus nerveuse. Son pouls est à 96 par minute. Un peu de tremblement. Légère exophtalmie. Crises nerveuses faciles.

Opération le 10 octobre 1900, par MM. Delore et Gallois. Incision concave en haut, sur le bord supérieur du sternum, remontant le long du sterno-mastoïdien et longue de 8 à 10 cent. Ecartement des fibres des sous-hyôïdiens. Le lobe gauche du corps thyroïde est saisi avec une pince de Museux et attiré au dehors avec la tumeur. Celle-ci, située sur le bord postérieur du corps thyroïde, comprend trois kystes adjacents les uns aux autres, très tendus et recouverts d'une mince pellicule de tissu thyroïdien sur une étendue de quelques centimètres seulement. La tumeur est enlevée en passant dans un plan de clivage facile à trouver. En somme,

énucléation massive intra-glandulaire simple, rapide (durée un quart d'heure, sutures comprises). Suture hémostatique. Suture cutanée avec drainage inférieur. Absence presque totale d'hémorragie. Suites simples. Pas de fièvre thyroïdienne. Guérison le 24 octobre.

OBSERVATION XVIII (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. Thévenot.)

Goitre polykystique. — Énucléation massive.

C. Alphonsine, 25 ans. La malade a habité longtemps à Sainte-Colombe, où les goitreux sont nombreux. Certaines eaux y sont réputées mauvaises. Cependant, pas d'antécédents héréditaires. Il y a cinq ans environ, la malade constata que son cou grossissait légèrement et d'une façon progressive, sans poussées bien nettes. Depuis trois ans, la tumeur se mit à grossir plus rapidement et à amener une légère gêne respiratoire. Depuis un an environ, la malade mange un peu difficilement, a une sensation de constriction dans l'arrière-gorge et sent que les aliments passent difficilement. Sa voix n'est guère changée. Elle n'a pas d'enrouement.

Maux de tête survenant surtout au moment de la digestion. Pas de vertiges ou d'éblouissements. Pas de cyanose du visage. Du côté du cœur, pas de palpitations, pas de battements cardiaques, pas de tremblement.

Rien du côté de la pupille. Pas d'exophtalmie.

Actuellement, la malade se présente avec un gros goitre ayant envahi surtout l'isthme et le lobe droit. Le lobe gauche semble peu hypertrophié, et on arrive facilement à le circonscrire. A l'inspection, le réseau veineux superficiel est peu développé. La peau est saine. On voit une tumeur descendant au-devant du sternum, sur une longueur de 2 cent. environ; elle est indolore; pression et palpation sont pratiquées aisément.

Elle est mobile dans tous les sens. — Pas de souffle à son niveau.

Opération le 15 novembre 1900. — Anesthésie à l'éther. — Incision médiane. — Enucléation massive. — Il existe deux masses principales, l'une supérieure et à gauche.

Opération facile. — Suture hémostatique. — Drainage inférieur.

Pas de fièvre thyroïdienne.

Suites simples.

La malade part guérie le 6 décembre 1900.

OBSERVATION XIX (Service du Prof. Poncet).

(Due à l'obligeance de M. X. Delore).

Goitre kystique. — Enucléation massive.

R..., Eugénie, 17 ans. — La malade entre pour une tumeur du cou datant d'une dizaine d'années. Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels.

À l'âge de huit ans, la malade s'apercevait déjà d'une petite grosseur thyroïdienne. — Sous l'influence du traitement iodo-ioduré qu'on lui fit subir alors, la tumeur disparut presque entièrement, mais il resta cependant un petit noyau médian. C'est depuis deux ans que la tumeur augmenta sensiblement.

Pas de gêne de la respiration et de la déglutition.

Voix d'un timbre normal.

Pas de palpitations de cœur. — Pas de tremblement. — Pas de phénomènes généraux.

Actuellement la tumeur fait une saillie très peu marquée, quand on la saisit en masse, elle se soulève dans les mouvements de déglutition. Elle est formée de deux parties, l'une médiane immédiatement au-dessus de la fourchette sternale, ne plongeant pas en arrière du sternum, l'autre latérale, située au-dessus de la première, et bilobée; l'un de ces lobes est médian, l'autre situé près du sterno-mastoïdien droit; ils sont reliés tous deux, par une languette néoplasique.

Ces trois masses sont nettement fluctuantes, la fluctation ne se transmet pas d'une masse à l'autre.

Pas de troubles occulo-pupillaires.

Opération le 21 décembre 1900. — L'opération est faite par M. X. Delore. — Incision médiane. — Après incision de la capsule thyroïdienne, on arrive sur un noyau médian, un peu retro-sternal, sillonné de grosses veines. — Le clivage se fait facilement. Un deuxième noyau est situé à droite et un peu au-dessus du précédent; il est moins volumineux. — L'énucléation est faite facilement. — Hémorragie assez forte. — Suture hémostatique. — Suture cutanée. — Drainage inférieur.

A la coupe, on constate qu'il s'agit d'un goitre polykystique formé de petits noyaux dégénérés compris au milieu de tissu thyroïdien sain.

Un peu de fièvre thyroïdienne.

Suites simples.

La malade part guérie le 22 décembre 1900.

CONCLUSIONS

Nous désignons, sous le nom d'*Énucléation massive des goîtres (Opération de Poncet)*, une méthode opératoire applicable uniquement aux goîtres kystiques ou encapsulés, c'est-à-dire à des tumeurs thyroïdiennes dont le contenu peut être très variable, depuis une masse charnue adénomateuse comparable par sa consistance au tissu thyroïdien normal, jusqu'au liquide le plus séreux, comme un liquide ascitique, en passant par tous les intermédiaires entre ces deux extrêmes au point de vue de la consistance, de la structure.

L'existence, dans tous les cas, d'une paroi, donne au point de vue du traitement chirurgical qui nous occupe, une physionomie à part à cette variété de tumeurs. Elle les rend, dans certaines circonstances, ainsi que l'avait très nettement établi le Prof. Socin, passibles, comme opération, de celle qu'il a si bien décrite, sous le nom d'*Énucléation intra-glandulaire* ou strumectomie, opération à laquelle son nom reste légitimement attaché.

L'énucléation massive en diffère par son manuel opératoire, qui est également, du reste, subordonné à la disposition des masses goitreuses.

Ainsi que son nom l'indique, elle réalise en bloc, par décortication, l'ablation des parties malades.

Elle comprend diverses variétés dont les deux principales sont :

1° *L'Énucléation massive totale d'un lobe latéral* par exemple ;

2° *L'Énucléation massive partielle du même lobe.*

Dans le premier cas : *Énucléation massive totale*, l'opération est essentiellement *extra-capsulaire*. La mobilisation, le décollement de la masse se produisent dans une voie toute tracée, qui est le tissu cellulaire lâche, pathologiquement accru, et formant comme une sorte de bourse séreuse, séparant la capsule propre de la glande (*capsule thyroïdienne*), de l'aponévrose moyenne (*capsule ou enveloppe péri-thyroïdienne*).

L'ancienneté du goitre, son volume, son poids, ses mouvements incessants l'ont également, fait des plus intéressants, libéré de ses attaches naturelles, c'est-à-dire de son pédicule, de son réseau vasculaire, et du reste de la glande thyroïde.

L'atrophie, la disparition des vaisseaux s'expliquent par une sorte d'assèchement des tissus pathologiques, et leur indépendance des parties goitreuses du reste de la glande par le mécanisme qui a présidé à la formation de la couche celluleuse péri-kystique.

Cette migration spontanée du goitre, sa libération des tissus qui devraient encore le maintenir, rendent compte des manœuvres opératoires simples et spéciales que nécessite son ablation.

Le plan de clivage, qui ouvre une voie toute tracée à un décollement méthodique, exécuté par les doigts du chirurgien, est, en effet, dans le tissu cellulaire, lâche, péri-capsulaire, et le goitre se détache souvent avec une grande facilité, sans que des vaisseaux un peu importants aient été déchirés, sans qu'une bride résistante ait dû être sectionnée avec un instrument tranchant.

Dans le cas d'hypertrophie totale de la thyroïde, l'opération ne doit porter que sur un lobe seul ou uni à l'isthme. Une ablation en bloc portant sur toute la glande exposerait le malade au myxœdème, comme après une thyroïdectomie totale.

2° L'*Énucléation massive partielle* s'adresse aux noyaux goitreux multiples occupant un lobe thyroïdien dont une portion notable de tissu glandulaire a été respectée. Ici l'ablation peut être, à la rigueur, uniquement intra-capsulaire, mais aussi suivant les rapports des kystes avec la capsule, être intra et extra-capsulaire.

Opération simple, d'une exécution facile, aussi méthodique que le permettent les variétés individuelles nombreuses de goitres, l'énucléation massive, totale ou partielle trouve fréquemment ses indications, surtout dans des goitres anciens et volumineux.

Elle bénéficie de tous les avantages des opérations sous-capsulaires : sécurité vis-à-vis des organes et des

tissus voisins, absence d'hémorragie, etc. Par sa rapidité et l'absence de complications opératoires immédiates, elle rend aussi bénin que possible le pronostic chirurgical des goitres dont nous nous sommes occupés.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ANTONIN PONCET.

Vu :
LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DES OUVRAGES CITÉS

L. BÉRARD. — Thérapeutique chirurgicale du goitre.
Thèse de Lyon, 1897.

JABOULAY. — Chirurgie du sympathique (1900).

A. PONCET. — De l'énucléation massive. Acad. de médecine, oct. 1896; Congrès de chirurgie, 1898.

RIVIÈRE. — Traitement chirurgical des goîtres. Gaz. des hôpitaux, 1896.

